CARAVELA SEGUROS

CARIMBO DE ENTRADA

ACIDENTES PESSOAIS

- [ ] INDIVIDUAL
- [x] GRUPO
- [ ] FAMILIAR
- [ ] VIAGENS
- [ ] BOMBEIROS
- [ ] AUTARCAS
- [ ] ESCOLAR
- [ ] OCUPANTES
- [ ] _____

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

CLIENTE Nº	APÓLICE Nº	PROCESSO Nº
	23 1201182	

* 23 1201183 Árbitros, Aux e Observadores

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome: ASSOCIAÇÃO FUTEBOL ALGARVE

Domicílio: Av. cidade de Wayward Complexo Penha

Localidade: FARO Cód. Postal: 8700 - 074 FARO

BI: Nº Contrib./ Nº Pessoa Colectiva: 501208984 Telefone / Fax: 289887490

2. DESCRIÇÃO DO SINISTRO

Data do Acidente: / / Hora a que se deu o acidente:

Local do Acidente:

Descrição:

A autoridade foi chamada a intervir? [ ] Não [ ] Sim Indique qual?

(Junte documento comprovativo)

Considera que tem responsabilidade pelo sucedido? [ ] Não [ ] Sim

Porquê?

3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL / CAUSADOR

Nome: / / Data de Nascimento

Domicilio:

Localidade: Cód. Postal: -

Telefone / Fax: Tem alguma ligação familiar ou profissional com o lesado? [ ] Não [ ] Sim

Qual?

4A. DANOS CORPORAIS

Nome: / / Data de Nascimento

Domicilio:

Localidade: Cód. Postal: -

Telefone / Fax: Quais as lesões sofridas?

Local onde foi ou está a ser tratado?

Indique o nome do médico assistente

Data da baixa médica: / /

Consequência do acidente: [ ] Sem incapacidade [ ] Com incapacidade [ ] Morte Regime de tratamento [ ] Internamento [ ] Ambulatório

VS01 / 2013

NIPC 503 640 549 | Matrícula na C.R.C. de Lisboa nº 5942 | Capital Social 13.566.000,00 euros

CARAVELA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.
Av. Casal Ribeiro nº 14
1000-092 Lisboa
+351 217 958 690
+351 213 245 079
www.caravelaseguros.pt

~~4B. DANOS MATERIAIS (SEGURO ESCOLAR)~~ (NÃO APLICAVEL)

Nome

Data de nascimento

Domicílio

Localidade

Cód. Postal

Telefone / Fax

Descreva os danos ocorridos bem como o seu valor estimado

Indique o local onde se encontram os objectos danificados e o telefone para contacto

5. NO CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO PREENCHER ESTE QUADRO

Veículo onde era transportado o lesado

Nome do Condutor

Matrícula - -

Seguradora

Apólice

Quantos passageiros transportava?

Veículo Terceiro

Nome do Condutor

Matrícula - -

Seguradora

Apólice

Quantos passageiros transportava?

6. QUESTÕES DIVERSAS

Existe outro seguro que garanta este risco? Não Sim

Em que seguradora?

Indique o nº da apólice

e ramo

Teve algum sinistro semelhante a este ultimamente? Não Sim

Em que data?

Qual o motivo?

7. TESTEMUNHAS

Nome

Domicílio

Localidade

Cód. Postal

Telefone / Fax

Nome

Domicílio

Localidade

Cód. Postal

Telefone / Fax

8. OUTRAS DECLARAÇÕES

Visto por

N.° Funcionário

9. ASSINATURA

Data

Assinatura / Carimbo do Tomador do Seguro

Assinatura da Pessoa Segura